REPORT OF THE WORKING GROUP
ON SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

DETOXICATION UNIT

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1977

2/81
Également disponible en français sous le titre
"Unité de desintoxication."

IMPORTANT

The information contained in these Guidelines was current at the time of publication. When using the Guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

Mr. D.F. Moffatt,
Director, institutional and Professional Services Division,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and Welfare,
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these Guidelines in both official languages can be obtained from the above person.

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
GENERAL INTRODUCTION		v
LIST OF PARTICIPANTS		vii
PREAMBLE		1
GUIDELINES		4
1.	Patient Load	4
2.	Bed Requirements	4
3.	Recommended Distribution of Units	4
4.	Administrative Policy, Procedures and Control	4
5.	Staff Establishment and Coverage	7
6.	Staff Training and Qualifications	7
7.	Specific Supporting Departments and Services	8
8.	Space Allocation and Utilization	9
9.	Equipment	9
10.	Relationship to Other Departments and Services	9
APPENDICES		
APPENDIX I	Guidelines for Policies and Procedures for Special Services in Hospitals	11
APPENDIX II	Guidelines for Special Services in Hospitals	13

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized services in hospitals. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly-trained health manpower. Because of this, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating special care services in hospitals.

Mandate

In 1972 health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area, and the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title, "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely distributed to provincial health and hospital authorities, and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 Guidelines, and to the development of guidelines in additional areas. A complete list of Guidelines published or being prepared by the Working Group is found in Appendix II.

Methodology

The Guidelines published by the Working Group in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on guidelines developed in Canada, and from authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present Guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of the country have provided expert input in these Guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested purpose of the Guidelines

The Guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada, and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the Guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the Guidelines is to provide a definition of requirements for a number of special care facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit is under consideration, the Guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a unit, and in assessing the total potential impact of a new unit on existing and projected services, both at the local and regional levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new unit.

Where a unit already exists in a hospital, the Guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment, and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities, and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the unit.

Future revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the Guidelines will require regular revision. It is planned to maintain the Working Group to carry out this function.

Acknowledgments

The Working Group acknowledges with sincere appreciation the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada in providing detailed written information and guidance in the preparation of these Guidelines. In addition, we wish to thank the many others who, in any way, contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Working Group on Special Services in Hospitals, which was responsible for the preparation of the new and updated Guidelines contained in these volumes is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt (appointed as Chairman March 1980)
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. W.B.C. Robertson (Chairman) (resigned March 1980)
Director
New Technology and Guidelines Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. Derek J. Beckley (appointed January 1980)
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and
Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mme M.L. Côté
Chief, Institutional Health Services Section
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de Neurochirurgie de la
Faculté de médecine de Sherbrooke
Centre Hospitalier de l'Université
de Sherbrooke
SHERBROOKE, P.Q.

Dr. G.A. Judge
Medical Director
The Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mr. M.B. Kohut (resigned December 1979)
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospital Services Commission
EDMONTON, Alberta

Mrs. P. MacDonald (appointed April 1981)
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Dr. W. MacPherson (resigned July, 1980)
Principal Adviser: Special Services
Program Advisory Branch
Health Programs Division
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Miss Sheila Nixon (retired February 1981)
Chief Standards Officer
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Dr. Hans H. Ruberth
Regional Director
Health Care Institutions Division
Nova Scotia Department of Health
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. R. Seaver (appointed August 1980)
Senior Medical Consultant
Personal Health Division
Program Advisory Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

SECRETARIAT

Mrs. Janet Stow
Projects Officer
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

PARTICIPATING OBSERVERS

Mrs. A.N. O'Leary Brochu (resigned April 1981)
Nursing Advisor
New Technology and Guidelines Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Miss M. Carroll (appointed April 1981)
Nursing Consultant
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

This guideline was produced at the request and with the assistance of the Federal-Provincial Working Group on Alcohol Problems whose contribution is here gratefully acknowledged.

The members of the Sub-group on Detoxication Units (which reported directly to the Federal-Provincial Working Group on Special Services in Hospitals) are as follows:

Mr. Marvin Burke
Executive Director,
Nova Scotia Commission on Drug Dependency,
HALIFAX, Nova Scotia.

Dr. Jean-Marie Albert,
Psychiatre,
Hôpital St-Charles de Joliette,
JOLIETTE (Québec)

M. Roger Ladouceur,
Directeur de la conception des normes,
Ministère des Affaires sociales,
Québec (Québec)

Dr. Jean Moore,
Medical Programs Branch,
Ministry of Health,
TORONTO, Ontario.

Dr. J. Alan L. Gilbert,
Royal Alexandra Hospital,
EDMONTON, Alberta

Dr. John Dick
Vice-Chairman,
Alcohol and Drug Commission,
VANCOUVER, British Columbia.

Dr. Harold N. Colburn,
Policy and Programs Advisor,
Non-Medical Use of Drugs Directorate,
Health Protection Branch,
Department of National Health and Welfare,
OTTAWA, Ontario.

Dr. W.B.C. Robertson, Chairman,
Director, Professional and Institutional Standards,
Health Standards Directorate,
Health Programs Branch,
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario.

DETOXICATION UNIT

PREAMBLE

The use and misuse of beverage alcohol has had a long history. The misuse of the substance was originally viewed by many as a "sin" and the "work of the devil", an affliction of lower class societies and a weakness in a person's moral fibre and character. The above statement is a necessary part of the preamble of guidelines for a detoxication unit as it underlines the point that misuse of beverage alcohol is still viewed by many as a moral problem rather than as a treatable illness.

Many of the social and economic changes in this country since the Second World War have contributed to the need for detoxication units. Thus, the virtual doubling of an increasingly affluent population with its growing use of alcohol has led to overcrowding of jails from arrests for drunken behaviour.

The morale of hospital staff was eroded by the ever-increasing percentage of beds occupied by alcoholic patients. This situation is still widespread.

The pressure for new accommodation was further increased by the judiciary's policy to refer drunken persons to rehabilitation rather than to jail.

It was during this period that private organizations including Alcoholics Anonymous and the Salvation Army continued to show the way. It was also a period of considerable enlightenment as witnessed by the monumental contributions of Dr. E.M. Jellinek and his confrères at Yale. Their contributions have been largely responsible for altering the image of alcoholism from one of weak-willed debauchery to that of a preventable and treatable illness. Now the objective is to provide a health response to replace the existing primitive judicial and moral reactions to the problem of intoxication. The process has, however, just begun.

Existing Situation

In Canada the whole problem of misuse of drugs became a major issue among young people in the mid-sixties. It was soon recognized that the main problem continued to be that of alcohol abuse and that this is one of the twentieth century's major health hazards. This gave impetus to the development of new directions and attempts to deal with alcohol problems. The effective management of alcoholism requires an individualized approach and involves a variety of professional disciplines and a wide range of therapeutic modalities and facilities. Until recently there was no agreed approach to the development of the needed facilities and services. However, in some parts of the country concerted action has been taken to implement the required programs. The key to these efforts was the recognition that a comprehensive approach was necessary, involving a broad continuum of facilities and services provided by a variety of community resources which should include all of the following:

1. Detoxication Unit

2. Rehabilitation

   a) Short-term residential facilities
   b) Out-patient department
   c) Long-term facilities (sheltered workshop)
   d) Half-way house

3. Extended Follow-up

Detoxication

Definition: Detoxication is a process by which a person achieves a level of minimally acceptable physical, psychological and social functioning following an alcoholic or other drug-induced state. Any program for alcohol detoxication must involve consideration of the following points:

1. A detoxication service is only the initial phase of a comprehensive program. Without the other related services, (via follow-up; out-patient; short-term in-patient; half-way house; long-term sheltered workshop) a detoxication facility offers little more than a comparable period in jail which frequently leads to the "revolving door" situation. To be most effective, detoxication should be closely linked to subsequent active treatment and rehabilitation services to deal with excessive drinking and related problems. It may be desirable to link detoxication and subsequent treatment in the same facility.

2. The majority of patients who seek help can be detoxicated on an ambulatory basis as out-patients.

3. A proportion of acute alcoholic patients require the provision of services closely linked to a general hospital.

   (a) The greater proportion of these patients require only short-term residential care, because they are homeless, or because, for personal or family reasons, they require such admission to begin the process of rehabilitation. In such instances, the usual services of a general hospital ward are not often required, although it is essential for them to have immediate access to medical and hospital services.

   (b) The remainder of acutely intoxicated patients and those suffering from the acute complications of alcoholism such as delirium tremens require admission to an appropriate hospital bed, as they would for other comparable acute illness.

   It is natural for communities to look to hospitals for guidance in developing simple residential-type detoxication services. If

these services do not exist, there may be misuse of expensive hospital facilities.

Primary Function and Role of a Detoxication Unit

The primary function of a detoxication unit is to provide a protective setting in which intoxicated persons may stay while withdrawing from the effects of acute intoxication, thus breaking the pattern of steady drinking. Treatments and medications are minimal. The emphasis should be on rest, personal hygiene and return to a balanced diet.

The role of the detoxication staff should be twofold: firstly, to provide the care and skills required in such a setting and, secondly, but of equal importance, to provide that understanding and patience necessary to deal with the "acting-out" inebriate in a firm, but non-threatening manner. This personal warmth is also most essential in establishing a genuine feeling of empathy for the patient. During this time the patients are often uncertain about their ability to remain sober. They may also be ambivalent about further treatment.

Secondary Functions and Role of a Detoxication Unit

The secondary function is to develop a bridge between the acute detoxication phase which is basically physically oriented and the recovery phase which is based on self-discovery, the buidling of ego strength and the realignment of destructive habit patterns to constructive habit patterns. Here the detoxication staff is in a position of inestimable importance in befriending, motivating and guiding the patient to further treatment. These would include short-term treatment, out-patient conselling or referral to other community agencies. It is in this area that the on-going process of rehabilitation and recovery really begins.

It is recognized that a certain number of alcoholic patients are unreceptive of treatment programs even after repeated admissions. Their existence does not negate the value of detoxication services, and it is felt that the ready availability of detoxication services offers the best option for this group of patients.

The Detoxication Unit should function as a regional resource centre, offering educational and consultative services to other agencies in the community.

The following guidelines are presented in the awareness that it is desirable to have maximum utilization of community resources and to muster maximum community expertise and support. The detoxication unit described in these guidelines may be a unit within a hospital organization or a separate organization.

GUIDELINES

1. PATIENT LOAD

Current utilization data from existing detoxication units in a number of provinces, indicate an annual admission rate in the range of 1.3 to 3.5 admissions per 1,000 population.

The average length of stay per admission is in the range of 3-10 days depending on local factors, although the ideal in some situations may approach 14 days, since it can take longer to prepare some clients for the next stage of treatment.

2. BED REQUIREMENTS

Optimum size of a detoxication unit not geographically attached to an acute hospital is in the range of 15-25 beds.

The required number varies according to urban-rural and other demographic factors and in situations where a unit is directly attached to a general hospital.

The male/female ratio is generally in the range 3:1 - 5:1, depending on socio-economic, demographic and geographic factors. Available facilities may dictate whether units are mixed or segregated.

3. RECOMMENDED DISTRIBUTION OF UNITS

There should be one or two units of 15-25 beds each per 125,000 population depending on local incidence of alcoholism, the socio-economic status of the population and regional demography. Bed requirements per unit of population also depend upon admission and treatment policies, as for example, length of stay, whether or not the centre replaces jail for chronic drunkenness offenders and the availability of other resources and post-discharge treatment programs.

4. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL

4.1 Role and Objectives of Unit

To provide a setting in which the patient can obtain an overall appreciation of the pattern of alcoholic behaviour. This setting involves the following elements:

- Admission to treatment
- Detoxication
- Protection
- Motivation
- Orientation and Referral

4.2 Type of Patients Served

The inebriated patient who is:

- a self-referral
- a drunkenness offender or a homeless alcoholic brought to the unit by police;
- an alcoholic referred by the hospital or community agencies.

The Unit should not admit unconscious patients, those with serious injuries or with complicating medical conditions.

4.3 Services Provided

- Care during the detoxication period including nutritional restoration
- Observation for abnormalities and complications which may require medical assistance
- Medication - from a physician's prescription
- Individual conselling
- Group therapy or discussion
- Family involvement
- Health Promotion
- Referral: (a) on request to an appropriate on-going rehabilitation program; (b) to Welfare, Manpower or other services.

4.4 Organization of Unit

The status of the Unit Director should be defined by the governing board or equivalent in accordance with its policies and organization.

4.4.1 Unit Management

Specific Responsibilities of Staff

(a) The Director is responsible for:

- the management and administration of the unit
- the direction and on-going training on staff
- liaison with police, community agencies and the coordinator of the provincial detoxication programs as indicated.

(b) The Supervisor is responsible for:

- the day-to-day operation of the unit
- supervision of the unit staff

- liaison with community groups with regard to referrals

- administration of unit in absence of director.

In smaller units it may be desirable to combine the functions of Director and Supervisor.

(c) Support staff is responsible for:

- patient care

- supervision of residents' activities

- working with residents, relatives and referring agencies

- admission and discharge duties.

(d) Medical consultation should be readily available on an agreed basis.

(e) Coordination of educational and consultative services to other agencies in the community should take place.

4.4.2 Management Committee

- membership should include the Unit Director, the Supervisor, and a representative of hospital management and local alcoholism treatment authority where applicable

- the terms of reference should be defined

- there should be provision for consultation with appropriate hospital and medical staff

- there should be schedules for formal meetings.

4.5 Policies for Operation

4.5.1 Admission by authority of:

- Unit Director
- Unit Supervisor
- Or whoever is delegated with this responsibility

4.5.2 Admission priorities by clinical condition and diagnostic category as appropriate.

4.5.3 Routine admission standing orders:

- Criteria for admission and discharge must be written and applied.

4.5.4 Guidelines for average length of stay, discharge and referral/or ongoing treatment and rehabilitation should be written and applied.

4.5.5 Guidelines for seeking medical consultation and transfer to hospital, based on specific routines should be written and applied, for example, mandatory for seizures, status epilepticus, haematemesis, drug addication or over-doses and diabetes.

4.5.6 Initial and continuing educational requirements of staff should be written and applied.

4.5.7 Appropriate individual patient records should be established and maintained.

4.5.8 Equipment maintenance and safety standards should be observed, particularly for infrequently used items.

4.5.9 Unit goals should be specified and continuing evaluation of the effectiveness of the unit and its staff should be carried out on a regular basis.

4.6 Procedures

Procedures for routine patient care, emergencies, medical records, statistics and patient/visitor regulations should be defined and written into a procedure manual. There should be policies established for smoking and other fire and safety hazards.

5. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

There should be a Unit Director (1) and a Supervisor (1) or a combination of these in smaller units as appropriate.

- Support staff should consist of counsellor-attendants to provide twenty-four hour, seven day coverage.
- Trained volunteers may be used in appropriate situations.
- There should be twenty-four hour on-call medical coverage.

6. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

6.1 Initial

Director:

- Ability to work with and train staff to work with the alcoholic patient
- Should be able to liaise with hospital staff and community agencies

- Such abilities may be found in candidates having an M.S.W., B.S.W or R.N. qualification.

Supervisor:

- Ability to work with staff and with intoxicated persons

- Such abilities may be found in candidates having a B.A. in social work or a community college certificate in Alcohol and Drug Counselling, or a psychiatric nursing qualification.

Support Staff:

- Ability to work with the intoxicated person. Such abilities may be found in Psychiatric Nursing Assistans, Registered Nursing Assistants or in those experienced in working with alcoholics or those felt to be suitable for on-the-job training.

Volunteers:

- Where utilized, should receive initial in-service training.

6.2 Continuing

Director, Supervisor, and Support Staff:

- Opportunities should be provided for upgrading of education by attendance at first-aid training refresher courses, seminars and workshops. Audio-visual aid material should be available.

7. SPECIFIC SUPPORTING DEPARTMENTS AND SERVICES

All support services of an acute hospital including:

- Ambulance Services
- Dietary
- Emergency
- Laboratory
- Medical
- Pharmacy
- Psychiatry
- Psychology
- Radiology
- Social
- Surgical

8. SPACE ALLOCATION AND UTILIZATION

8.1	Direct Patient Care Areas: 90-100 sq.ft./patient	- Reception Area - Sleeping area (dormitory) - Counselling and quiet room - Living area/recreation/lecture
8.2	Support Areas: 30-50 sq.ft./patient	- Kitchen - Dining - Director's office - Unit office - Washroom, bath and shower facilities - Storage area - Visitors

Total sq.ft./patient = 120 - 150

Plus adjoining Parking for Staff and Visitors

9. EQUIPMENT

- Resuscitation equipment to be available for use of qualified personnel may include:
  - Oxygen
  - Emergency Tray
  - Necessary drugs
  - Intravenous fluid
  - Suction
- Residential furniture and equipment include:
  - Kitchen equipment and furniture (N.B. refrigeration)
  - Dining Room furniture
  - Lounge furniture
  - Laundry services should be centralized but domestic equipment should also be available in the unit.

10. RELATIONSHIP TO OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

The unit should have ready access to:

- A general hospital
- Rehabilitation services
- Half-way houses
- Voluntary organizations
- Manpower retraining programs

APPENDIX I

GUIDELINES FOR POLICIES AND PROCEDURES

FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

Guidelines for policies and procedures for special services in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information.

It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific Special Services policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these units.

I. ROLE AND OBJECTIVES

A. Role and objectives of service in hospitals

B. Type of patients served

- By diagnosis and/or severity of illness

- Restriction of service, if any (e.g. terminally ill patients)

C. Services provided

II. ORGANIZATION OF SERVICE

A. Governing Board responsibility

B. Relationship to Administrator and Medical Staff

C. Service management

(i) Specific responsibilities of staff

- Medical Director
- Other medical staff
- Nursing staff
- Other staff

(ii) Committee

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF SERVICE

1. Admission authority by:
   - Medical Director
   - Assistant and resident physicians
   - Nursing supervisor of service
2. Admission priorities by:
   - Diagnostic category
   - Clinical condition
3. Routine admission Standing Orders
4. Emergency admission Standing Orders
5. Length of stay by diagnosis
6. Guidelines for transfer based on specific routine and emergency priorities
7. Guidelines for discharge based on specific routine and emergency priorities
8. Educational requirements of staff
9. Provision for continuing education of staff
10. Establishment and maintenance of appropriate patient records
11. Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff
12. Equipment maintenance and safety
13. Continuing evaluation of effectiveness of service

IV. PROCEDURES

1. Elective procedures: medical, nursing and other
2. Emergency alert system procedures
3. Medical record and statistical procedures
4. Patient - visitor regulations

GUIDELINES FOR
SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the federal-provincial Working Group on Special Services in Hospitals. These guidelines were requested by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services, Ottawa. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Working Group.

- Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Burn Unit
- Cardiovascular Services in Hospitals
  - Ambulatory Electrocardiography Monitoring
  - Cardiac Care
  - Cardiac Catheterization
  - Cardiac Surgery
  - Cardiovascular Nuclear Medicine
  - Cardiac Pacemaker
  - Cardiac Stress Testing
  - Echocardiography
  - Intermediate Cardiac Care
  - Non-Invasive Vascular Laboratories
  - Phonocardiography
- Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Child Care Services in General Hospitals
- Computed Tomography
- Day Surgery Unit
- Dental Care Units in Hospitals
- Detoxication Unit
- Diabetic Day Care Unit
- Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
- Emergency Services in Canada
- Geriatric Day Hospitals
- Geriatric Unit in a Hospital
- Intensive Care Unit
- Narcotic Addiction Treatment Unit
- Nuclear Medicine in Hospitals
- Palliative Care Services in Hospitals
- Patient Hostel Unit
- Perinatal Intensive Care Unit
- Regional Renal Failure Program
- Rehabilitation Medicine Unit
- Respiratory Technology Service/Unit
- Spinal Cord Injury Unit
- Stroke Services
- Total Parenteral Nutrition

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

UNITÉ DE DESINTOXICATION

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
1977

2/81
Also available in English under the title
"Detoxication Unit."

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer:

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en
établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

TABLE DES MATIERES

		PAGE
LISTE DES PARTICIPANTS		vii
PRÉAMBULE		1
NORMES		5
1.	Nombre de malades	5
2.	Lits requis	5
3.	Répartition conseillée des unités	5
4.	Politique, procédures et contrôle administratifs	5
5.	Constitution des effectifs et heures de travail	9
6.	Entraînement du personnel et qualifications requis	9
7.	Départements et services de soutien	10
8.	Répartition et utilisation de l'espace	10
9.	Appareillage	11
10.	Relations avec les autres départements	11
ANNEXES		
ANNEXE I	Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux	13
ANNEXE II	Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux	15

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes s'est fait sentir, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi, le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des énoncés de normes pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques de soins, actuelles ou récentes, et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. On trouvera, à l'Annexe II, une liste complète des guides déjà publiés, ou en voie de préparation, par le Groupe de travail.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, des directives élaborées au Canada et de sources autorisées. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à ce mode d'approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurrence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis pertinents de spécialistes de la santé, par l'entremise d'agents dûment désignés d'organisations sanitaires nationales représentant les activités propres à chaque

service. Il est certain que des centaines de spécialistes, de chaque région du pays, ont ainsi apporté à ces directives le fruit de leur expérience, donnant de la sorte aux sujets traités un caractère reflétant un véritable consensus canadien.

Objectif proposé des directives

Les directives ne devront pas être considérées comme des normes rigides. Leur application pourrait varier d'un endroit à un autre à travers le Canada et c'est à la province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Le but de ces directives est de définir les exigences pour un certain nombre d'institutions et de services de soins spécialisés. Elles ne sont cependant pas conçues pour fournir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à déterminer le besoin d'une telle unité et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services déjà existants et ceux à l'étude, aussi bien sur le plan local que régional. Des lacunes dans les services déjà en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité.

Dans le cas où l'unité existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins cliniques, les réalités fiscales et le degré suivant lequel une défectuosité quelconque dans les installations matérielles peut entraver le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison des changements rapides du domaine de la santé, les directives devront être révisées au besoin. Il est prévu que le Groupe de travail continuera à assumer cette fonction.

Remerciements

Le Groupe de travail présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'autre façon, ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont soumis.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume était composé de:

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur, Division des services en
établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr W.B.C. Robertson, président (a démissionné en mars 1980)
Directeur
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M.D.J. Beckley (nommé en janvier 1980)
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Mme M.L. Côté
Chef, Section des services de santé en établissement
Division des services en établissement et
services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la
faculté de Médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université
de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Dr G.A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

M. M.B. Kohut (a démissionné en décembre 1979)
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Mme P. MacDonald (nommé en avril 1981)
Agent des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Dr W. MacPherson (a démissionné en juillet 1979)
Consultant principal: services spéciaux
Direction consultative des programmes
Division des programmes de santé
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Sheila Nixon (a démissioné en fevrier 1981)
Agent chef des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Dr Hans H. Rubarth
Directeur régional
Institution des soins de santé
Ministère de la Santé
Province de Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dr R. Seaver (nommé en août 1980)
Conseiller principal en médicine
Direction consultative des programmes
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

SECRÉTARIAT

Mme Janet Stow
Agent de projets
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

OBSERVATEURS PARTICIPANTS

Mme A.N. O'Leary Brochu (a démissionné en avril 1981)
Conseillère en soins infirmiers
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle M. Carroll (nommé en avril 1981)
Conseillère en soins infirmiers
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de Santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Ce guide été préparé à la damande du Groupe de travail fédéral-provincial sur les problèmes causés par l'alcool et en étroite collaboration avec lui.

Les membres du Sous-groupe de travail sur les unités de désintoxication (qui relève du Groupe de travail sur les services spéciaux des hôpitaux) sont:

Mr. Marvin Burke,
Executive Director,
Nova Scotia Commission on Drug Dependency,
Halifax (Nova Scotia.)

Dr Jean-Marie Albert,
Psychiatre,
Hôpital St-Charles de Joliette,
Joliette (Québec)

M. Roger Ladouceur,
Directeur de la conception des normes,
Ministère des Affaires sociales,
Québec (Québec)

Dr. Jean Moore,
Medical Programs Branch,
Ministry of Health,
Toronto (Ontario.)

Dr. J. Alan L. Gilbert,
Royal Alexandra Hospital,
Edmonton (Alberta)

Dr. John Dick,
Vice-Chairman,
Alcohol and Drug Commission,
Vancouver (British Columbia.)

Dr Harold N. Colburn,
Conseiller spécial des objectifs et des programmes,
Direction de l'usage non-médical des drogues,
Direction générale de la protection de la santé,
Ministère de la Santé et du Bien-être social,
Ottawa (Ontario)

Dr W.B.C. Robertson, Président,
Directeur, Normes professionnelles et institutionnelles,
Direction générale des programmes de la santé,
Ministère de la Santé et du Bien-être social,
Ottawa (Ontario)

UNITÉ DE DESINTOXICATION

PREAMBULE

La consommation et l'abus des boissons alcooliques ont une longue histoire. Il fut un temps où un grand nombre de personnes considéraient la consommation abusive de l'alcool comme un "péché" ou encore, "l'oeuvre de Satan", un mal propre aux basses classes de la société et une marque de faiblesse de caractère des individus. Cette assertion est essentielle au préambule des normes de l'unité de désintoxication, car elle démontre que, pour un grand nombre, l'abus des boissons alcooliques est toujours considéré comme un problème moral plutôt que comme une maladie susceptible de traitement.

Les multiples changements sociaux et économiques survenus au Canada depuis la Seconde guerre mondiale ont nécessité la création d'unités de désintoxication. Comme la population a presque doublé, qu'elle vit dans une aisance croissante et qu'elle consome de plus en plus d'alcool, les prisons se sont surpeuplées par suite des arrestations pour état d'ébriété. D'autre part, le moral du personnel hospitalier a été taxé depuis quelques années, par le pourcentage toujours croissant de lits occupés par les alcooliques. Cette situation prévaut toujours d'ailleurs. Finalement, les pressions en vue de promouvoir la création de nouvelles installations se sont accrues, depuis que les juges ont adopté la politique de référer les alcooliques aux établissements de réadaptation plutôt que de les incarcérer.

C'est au cours de cette même période que les organismes privés, tels les Alcooliques Anonymes et l'Armée du Salut, ont continué de faire oeuvre de pionniers. Cette période fut également marquée par des progrès considérables particulièrement dûs à la prodigieuse contribution scientifique du docteur E.M. Jellinek et de ses confrères de Yale. En effet, c'est en grande partie grâce à eux, que l'image de l'alcooliques s'est modifiée à partir de celle du cébauché sans volonté à celle du malade dont l'affection peut être évitée ou traitée. L'objectif de l'avenir consiste à se préparer à réagir aux problèmes d'intoxication par une action axée sur la santé, au lieu d'utiliser, comme cela se fait présentement, une méthode d'arrièregarde de nature punitive et moralisante. Le processus de changement ne fait toutefois que s'amorcer.

Situation actuelle

Au Canada, l'abus des drogues chez les jeunes est devenu un problème important au cours des années soixante. Il est toutefois certain que le problème principal continue d'être l'abus de l'alcool et que celui-ci constitue l'un des principaux risques sanitaires du XX^{e} siècle. Aussi a-t-il suscité de nouvelles orientations et provoqué des tentatives inédites pour solutionner les problèmes qu'il crée. Le traitement efficace de l'alcoolism exige que l'on aborde chaque cas individuellement et que l'on mette à contribution plusieurs disciplines professionnelles ainsi qu'une vaste gamme de techniques et d'installations thérapeutiques. Jusqu'à récemment, il n'existait pas d'approche commune au développement des installations et des services nécessaires. Toutefois, dans quelques régions du pays, des programmes plus appropriés se sont élaborés, grâce à une action concertée. Celle-ci a résulté de l'expérience acquise. Conformément à celle-ci, il faudra

désormais utiliser une approche globale et se servir d'une vaste gamme d'établissements et de services communautaires dont les principaux éléments sont les suivants:

1. Unité de désintoxication

2. Services de réadaptation

   a) établissements résidentiels de court séjour
   b) consultations externes
   c) établissements de séjour prolongé (ateliers protégés)
   d) centres de transition

3. Post-cure prolongée (extended follow-up)

Désintoxication

Définition: La désintoxication est un procédé en vertu duquel une personne retrouve un niveau minimum de fonctionnement physique, psychologique et social acceptable, suite à une intosication causée, soit par l'alcool, soit par une autre drougue. Tout programme de désintoxication doit tenir compte de ce qui suit:

1. Le service de désintoxication ne constitue que la phase initiale du programme global. Sans les autres services connexes, (c'est-à-dire les soins post-désintoxication, les consultations externes, les hospitalisations de courte durée, les centres de transition, les ateliers protégés de séjour prolongé), le centre de désintoxication n'offre guère plus qu'un emprisonnement de même durée et l'expérience prouve que celui-ci conduit fréquemment à une situation de "porte tournante". Afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles, la phase de désintoxication devrait être reliée étroitement aux services de traitement actif et de réadaptation axée sur l'alcoolisme et les problèmes qui s'y attachent. Il peut être souhaitable de réunir la désintoxication et les phases subséquentes du traitement dans un même établissemtn.

2. La majorité des malades qui cherchent de l'aide peuvent subir la cure de désintoxication à titre de malades externes.

3. Un certain nombre d'alcooliques en phase aigue requièrent les services spécialisés de l'hôpital général.

   (a) Il faut reconnaître toutefois que le grand nombre de ces malades requièrent seulement des soins résidentiels de courte durée. Soit parce qu'ils sont sans foyer ou pour des raisons personnelles ou familiales, ils doivent séjourner dans ces résidences lorsque débute le processus de réadaptation. Ces malades n'ont généralement pas besoin de services de l'hôpital bien qu,il soit essentiel qu'ils aient accès à des services médicaux et hospitaliers quand leur état l'exige.

(b) Les malades gravement intoxiqués et ceux qui souffrent des complications aigues de l,alcoolisme, (tel le delirium tremens), doivent être hospitalisés dans un service approprié comme tout autre malade souffrant d'une maladie aigue.

Il est normal que les communautés se tournent vers les hôpitaux pour obtenir leur aide dans l'organisation des services de désintoxication du type résidentiel le plus simple. Quand ceux-ci n'existent pas, il arrive que des servcies hospitaliers plus coûteux soient utilisés à mauvais escient.

Fonction première et rôle d'une unité de désintoxication

L'unité de désintoxication a pour fonction première de fournir un environnement protecteur à l'intérieur duquel les personnes intoxiquées peuvent demeurer lors-quelles sortent de la phase d'intoxication aigue, rompant ainsi avec leurs habitudes d'absorption d'alcool. Il y a peu de traitements à suivre et de médicaments à prendre. L'important, c'est le repos, l'hygiène personnelle et le retour à un régime alimentaire équilibré.

Le personnel de l'unité de désintoxication devrait jouer un double rôle: premièrement, celui de prodiguer les soins adéquats avec ce que cela représente de connaissances et d'expérience, et, deuxièmement, mais non moins important, celui de faire preuve de compréhension et de patience à l'égard du comportement des alcooliques, en agissant d'une maniéere ferme qui ne soit pas menaçante à leur endroit. Il faut également une certaine chaleur personnelle propre à susciter une véritable réaction "d'empathie" envers le malade. Ce dernier doute souvent de sa capacité de tempérance, au cours de cette période et il se peut également qu'il soit ambivalent quant à l'utilité de poursuivre le traitement.

Fonctions secondaires et rôle d'une unité de désintoxication

La fonction secondaire de l'unité est d'établir un lien entre la phase aigue de désintoxication qui est de nature essentiellement physique et la phase de convalescence, fondée surtout sur la découverte de soi-même, la reprise de confiance en soi et la substitution des habitudes destructives de l'alcoolique par des habitudes constructives.

C'est à cet égard que le personnel de l'unité de désintoxication est particulièrement bien placé pour se gagner l,amitié du malade, le motiver et lui conseiller de poursuivre son traitement, qu'il s'agisse d'un tratement à court terme, de counselling externe ou de son orientation vers d'autre agences communautaires. C'est à ce stade que le processus de réadaptation et de cure commence véritablement.

C'est un fait reconnu qu'un certain nombre d'alcooliques demeurent rebelles à la cure, même après plusieurs admissions. Ceci ne diminue en leur disponibilité demeure la meilleure solution pour ces malades. L'unité de désintoxication devrait fonctionner à titre de centre régional qui offre des services de consultation et d'enseignement aux autres agences communautaires.

1) La détermination de la population selon l'incidence et la fréquence de certaines maladies: cette approche est compliquée et fondée sur les diagnostics de sortie (d'un service hospitalier), le nombre de craniotomies pratiquées et d'autres facteurs. Cette méthode ne s'est pas révélée pratique, sauf pour l'acquisition du premier appareil de tomodensitométrie d'une région.

2) La détermination du nombre d'appareils nécessaires fondée sur le nombre d'examens diagnostiques requis pour une population donnée: cette approche avait une certaine valeur lorsqu'on n'effectuait que des examens de la tête, mais elle s'avère maintenant peu pratique depuis que de nombreux médecins utilisent la tomodensitométrie pour des examens du thorax, de l'abdomen et de la colonne vertébrale.

3) La taille de la population desservie: les formules basées sur la population varient entre une unité par 100 000 habitants ou par hôpital de 250 lits et des formules telles que celle d'un appareil de tomodensitométrie de tête par 500 000 habitants. D'après les résultats d'une étude clinique approfondie, un appareil de tomodensitométrie de tête desservirait une population de 400 000 habitants. Il n'existe pas de barème semblable en ce qui concerne les examens du corps, ni même de données sur le nombre d'examens nécessaires pour diagnostiquer les maladies du thorax ou de l'abdomen, ou encore, en ce qui touche le rôle de plus en plus important de la tomodensitométrie en oncologie.

Les changements technologiques sont rapides dans ce domaine. Un meilleur pouvoir de résolution permet d'effectuer des examens tomodensitométriques de la colonne vertébrale et d'autres perfectionnements permettront, avant longtemps, la réalisation d'études dynamiques ou physiologiques. Après avoir étudié les trois approches mentionnées ci-dessus et considéré les variables relatives au volume de travail, il semble raisonnable que le rapport d'un (1) appareil de tomodensitométrie pour 200 000 à 300 000 habitants soit des plus appropriés; il faut reconnaître cependant que ce type de norme ne peut être valable que pour une période n'excédant pas deux ans.

2. LITS REQUIS

En général, les services de tomodensitométrie n'ont pas besoin que des lits leur soient réservés, étant donné que le malade peut subir l'examen à titre d'externe. Cependant, il arrive parfois qu'on doive hospitaliser un malade qui réagit mal aux agents de contraste.

Certaines conditions locales spéciales peuvent exiger que des lits soient disponibles. Par exemple:

- lorsque des malades qui subissent des examens tomodensitométriques sous anesthésie générale ou des examens spéciaux de la colonne vertébrale avec des produits de contraste ou des médicaments particuliers, doivent être hospitalisés avant ou après l'examen, s'ils ne le sont pas déjà,

- lorsqu'un hôpital dispense des services de tomodensitométrie à un hôpital avoisinant, il peut être nécessaire d'admettre d'urgence des sujets dont l'état s'est détérioré au cours du transport ou de l'examen, au point qu'il serait trop risqué de les retourner à l'hôpital d'où ils viennent. Pour assurer le meilleur service possible aux malades dans de tels cas, il est nécessaire d'établir un protocole inter-hôpital.

3. RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS

Afin d'offrir des installations adéquates en matière de tomodensitométrie on peut considérer l'établissement de différents types d'unités compte tenu du nombre de malades et de la population à desservir.

Unités de type I

Ces unités offriront les services d'avant-garde. Elles seront situées dans les centres hospitaliers universitaires et d'autres hôpitaux importants où l'enseignement et la recherche jouent un rôle majeur. Les unités de tomodensitométrie de ces centres auront un plus haut degré de complexité que celles de type II ou de type III. Un centre hospitalier universitaire peut avoir besoin de plus d'un appareil pour assumer ses responsabilités d'enseignement, de recherche et de développement technologique. Il faut qu'il soit pourvu des installations nécessaires pour le faire. Une considération particulière doit être accordée à certaines applications spécifiques telles que le balayage à résolution élevée de la colonne vertébrale, les examens tomodensitométriques des organes en mouvement ou du coeur, ou ceux qui sont faits à titre d'éléments du plan de traitement oncologique. De façon générale, les unités de type I auront la responsabilité de la formation des radiologistes et des techniciens en tomodensitométrie. Il se peut qu'à cause de toutes ces responsabilités, les unités de tomodensitométrie des institutions d'enseignement ne puissent pas rencontrer les objectifs de production annuelle suggérés précédemment.

Unités de type II

Ces installations pourront être situées dans des hôpitaux de traitement actif, y compris des hôpitaux d'enseignement distincts de ceux où existent des unités de type I, lorsque la population et le nombre de cas prévus le justifient. Ces hôpitaux doivent posséder des spécialistes en sciences neurologiques, en oncologie, en chirurgie thoracique et générale, en endocrinologie et en neurologie ainsi que des radiologistes dûment qualifiés.

Unités de type III

Ces installations pourront être situées dans certains hôpitaux de traitement actif même s'ils desservent une population insuffisante, à cause de leur isolement géographique. Le choix du matériel et du personnel sera régi par les besoins locaux en matière de service. Les principes et critères énumérés pour les unités de type II s'appliquent également à celles de type II.

4.2 Type de malades traités

L'alcoolique qui

- s'est mis lui-même en rapport avec l'unité,
- est arrêté en état d'ébriété ou qui est sans foyer et amené à l'unité par des policiers,
- est référé à l'unité par l'entremise d'un hôpital ou d'organismes communautaires.

L'unité ne devrait pas admettre des malades inconscients, des blessés graves ou ceux dont l'état laisse présager des complications médicales.

4.3 Services offerts

- Soins de la période de désintoxication, y compris le rétablissement de l'équilibre de la nutrition,
- Dépistage des anomalies et des complications pouvant nécessiter l'intervention du médecin,
- Médicaments,
- Counselling individuel,
- Thérapie ou discussion de groupe,
- Participation de la famille,
- Promotion de la santé,
- Transfert du malade: (a) sur demande, à un programme continu de réadaptation; (b) à l'agence de bien-être social, de main-d'oeuvre ou à d'autres services.

4.4 Organisation de l'unité

La fonction du directeur de l'unité devrait être définie par le conseil d,administration selon les politiques et l'organisation.

4.4.1 Administration de l'unité

Les responsabilités particulières du personnel

(a) Le directeur est chargé:

- de la gestion et de L,administration de l'unité,

- de la surveillance et de la formation du personnel en cours d'emploi,

- de la liaison avec la police, les organismes communautaires et le coordinateur du programme provincial de désintoxication, là où ce poste existe.

(b) Le surveillant est chargé:

- du fonctionnement quotidien de l'unité,
- de la surveillance du personnel de l'unité,
- de la liaison avec les groupes communautaires en vue de leur diriger les malades au besoin,
- de l'administration de l'unité en l'absence du directeur.

Dans le cas des petites unités, il est quelquefois souhaitable de fusionner les fonctions du directeur et du surveillant

(c) Le personnel de soutien est chargé:

- des soins aux malades,
- de la surveillance des activités des résidents,
- de travailler avec les résidents, leur famille, et les organismes qui ont dirigé les malades à l'unité,
- de l'admission et du congé des malades.

(d) L'unité devrait avoir accès facilement aux services d'un médecin, selon une entente préalable.

(e) Il devrait exister un mécanism assurant la coordination de l'enseignement et de la consultation entre l'unité et les agences communautaires.

4.4.2 Comité de gestion

- Ce comité devrait inclure les personnes suivantes: le directeur et le surveillant de l'unité, le représentant de l'hôpital auquel l'unité est reliée, le cas échéant, ainsi que celui de responsable du programme local de traitement de l'alcoolism là où tel programme existe,
- le mandat de ce comité devrait être défini,
- des mécanismes de consultation devraient être élaborés entre l'unité et l'hôpital et les médecins,
- ce comité devrait tenir ses réunions à intervalles réguliers.

4.5 Politiques relatives au fonctionnement

Il est nécessaire de définir:

4.5.1 Si l'admission doit se faire avec l'autorisation:

- du directeur de l'unité,
- du surveillant de l'unité,
- ou de toute personne à qui cette responsabilité aura été confiée.

4.5.2 Les priorités relatives à l'admission selon l'état clinique du malade et le diagnostic.

4.5.3 Les ordonnance de routine à l'admission:

- Les critères propres aux admissions et aux congés doivent être consignés par écrit et mis en application.

4.5.4 Les indicaitons relatives à la durée moyenne de séjour, aux congés, aux transferts des malades ou à la continuation du traitement et de la réadaptation. Ces indications devraient être consignées par écrit et mises en application.

4.5.5 Les indications de consultation médicale et de transfert à l'hôpital. Par exemple la consultation médicale et/ou le transfert à l'hôpital devrait être obligatoire dans les cas de convulsions, d'épilepsie, d'hématémèse, de toxicomanie ou d'abus de drogue, de diabète, etc. Ces insications devraient être par écrit.

4.5.6 Les besoins du personnel en matière d'initiation et d'éducation continue. Ceux-ci devraient être consignés par écrit et mis en application.

4.5.7 Les modalités du dossier médical qui devrait être ouvert pour chaque malade et systématiquement tenu à jour.

4.5.8 Les normes d'entretien et de sécurité des appareils qui devraient être observées particulièrement dans le cas de ceux qui ne sont pas utilisés fréquemment.

4.5.9 Les objectifs de l'unité et l'évaluation constante de l'efficacité de l'unité et de celle de son personnel.

4.6 Procédures

Il devrait exister un manuel de politiques et de procédures qui traite des sujets suivants:

- soins de routine,
- soins d'urgence,
- dossiers médicaux,
- statistiques,
- règlements touchant les visites aux malades.

Des politiques devraient être établies en ce qui a trait à l'usage du tabac et à tout autre risque d'incendie ou de menace à la sécurité.

5. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET HEURES DE TRAVAIL

- Il devrait y avoir un directeur (1) et un surveillant (1) d'unité. Le deux fonctions peuvent être fusionnées au besoin, dans le cas des petites unités.

- Le personnel de soutien devrit être constitué de conseillers-surveillants qui assurent un service de 24 heures par jour, sept jours par semaine.

- Dans certains cas, il est possible d'avoir recours à des bénévoles entrainés.

- Un médecin devrait être disponible sur appel, 24 heures par jour.

6. ENTRAÎNEMENT DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

6.1 Formation de base

Directeur:

- Aptitude à travailler aved les alcooliques et à entrainer le personnel à le faire également,

- Aptitude à établir les liens avec le personnel hospitalier et les orgainismes communautaires,

- Ces aptitudes se retrouvent généralement chez les détenteurs de maîtris ou de baccalauréat en service social ou de diplôme d'infirmier autorisé.

Surveillant:

- Aptitude à travailler avec le personnel et les personnes intoxiquées,

- Ces aptitudes se retrouvent chez les détenteurs de baccalauréat en service social ou de certificat collégial en counselling sur l'alcool et les drogues ou chez les infirmiers spécialisés en psychiatrie,

Personnel de soutien:	- Aptitude aé travailler avec des personnes intoxiquées. Ces aptitudes se retrouvent généralement chez les infirmiers auxiliaires en psychiatrie, les infirmiers auxiliaires autorisés, ceux qui ont déjà travaillé avec des alcooliques ou ceux jugés capable de recevoir une formation en cours d'emploi,
Bénévoles:	- Si l'on utilise leurs services, les bénévoles doivent avoir été préalablement entrainés.

6.2 Education continue

Directeur, surveillant et personnel de soutien:	- Des possibilités de perfectionnement devraient être offertes: cours, colloques et ateliers de recyclage en premiers de recyclage en premiers soins. L'unité devrait disposer de matériel audio-visuel.

7. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN

Tous les services de soutien d'un hôpital pour soins aigus, soit:

- Ambulance
- Chirurgie
- Diététique
- Laboratoires
- Pharmacie
- Psychiatrie
- Psychologie
- Radiologie
- Service social
- Urgence

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE

8.1	Aires des soins directs aux malades: 90-100 pi.ca./malade	- Réception des malades - Salle de repos (dortoir) - Pièce sourde de counselling - Salle de séjour/de récréation/de conférance.
8.2	Aires des services de soutien: 30-50 pi.ca./malade	- Cuisine - Salle à manger - Bureau de l'unité - Toilette, salles de bain et douches - Aire d'entreposage - Visiteurs.

Superficie totale: 120 - 150 pi.ca./malade. Il faut également prévoir des espaces de stationnement attenants pour le personnel et les visiteurs.

9. APPAREILLAGE

- L'appareillage de réanimation à n'être utilisé que par le personnel qualifié peut inclure:

  - appareil à succion
  - médicaments appropriés
  - oxygène
  - plateau d'urgence
  - solutés

- Meubles et équipement résidentiels:

  - appareils ménagers et meubles de cuisine (réfrigérateur)
  - installations et appareils de cuisine
  - mobilier de salle à manger
  - mobilier de salle de séjour
  - le service de blanchissage devrait être centralisé mais il faut également prévoir des installations de lavage et de séchage domestiques.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES DEPARTEMENTS ET SERVICES

L'unité devrait avoir facilement accès:

- à l'hôpital général,
- à des services de réadaptation,
- à des centres de transition,
- à des organismes bénévoles,
- aux programmes de recyclage du Ministère de la Main-d'oeuvre.

ANNEXE I

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES

À L'USAGE DES

SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

A. Rôle et objectifs de l'unité dans l'hôpital

B. Catégories de malades soignés

- Selon le diagnostic ou l'état du malade.

- Restrictions dans le service au malade s'il y a lieu (ex.: malades en phase terminale).

C. Services offerts

II. ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

A. Responsabilité du Conseil d'administration

B. Relations entre l'unité, le directeur général et le personnel médical

C. Gestion de l'unité

(i) Responsabilités du personnel

- Directeur médical
- Médecins
- Infirmières
- Autres membres du personnel

(ii) Comité

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Prévisions en vue de la disponibilité de consultants (médecins et autres membres du personnel médical)
- Calendrier des réunions régulières et spéciales.

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Responsabilité de l'admission des malades:
   - directeur médical,
   - médecins, résidents,
   - infirmière-surveillante de l'unité
2. Critères d'admission - Priorités selon:
   - le diagnostic
   - l'état de santé du malade
3. Ordonnances de routine à l'admission
4. Ordonnances de routine dans les cas d'admission d'urgence
5. Durée du séjour selon le diagnostic
6. Méthode de transfert des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
7. Méthode de congé des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
8. Degré de formation exigé du personnel
9. Projets d'éducation permanente pour le personnel
10. Établissement et tenue à jour des dossiers des malades
11. Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence
12. Entretien et sûreté de l'appareillage
13. Évaluation continue du rendement de l'unité.

IV. TECHNIQUES

1. Techniques de soins électives (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Règlements régissant les visites aux malades.

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Groupe de travail fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Groupe de travail.

- Alimentation parentérale totale
- Hôtellerie pour malades
- Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
  - Soins cardiaques intermédiaires
  - Cardiostimulation (stimulation cardiaque)
  - Cathétérisme cardiaque
  - Chirurgie cardiaque
  - Écho-cardiographie
  - Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire par l'épreuve d'effort
  - Laboratoire de diagnostic des troubles vasculaires (techniques non agressives)
  - Médecine nucléaire cardio-vasculaire
  - Surveillance électrocardiographique des malades ambulatoires
  - Phonocardiographie
  - Soins cardiaques
- Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale
- Unité de chirurgie de jour
- Unité de désintoxication
- Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux
- Unité de médecine physique et de réadaptation
- Unité de médecine nucléaire
- Unité de soins aux brûlés
- Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
- Unité de soins de jour pour diabétiques
- Unité de soins intensifs (réanimation)
- Unité de tomodensitométrie
- Unité de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier
- Unité d'inhalothérapie
- Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pour, personnes âgées
- Unité de soins intensifs périnataux
- Unité de traitement des lésions de la moelle épinière
- Services d'urgence au Canada
- Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
- Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux